# Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

**Aanhangsel van de Handelingen**

**Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden**

## 1149

Vragen van de leden **Dik-Faber** (ChristenUnie), **Bruins Slot** (CDA) en **Van der Staaij** (SGP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de toekomst van het landelijk centrum De Riethorst voor geestelijke gezondheidszorg voor doven en slechthorenden* (ingezonden 22 december 2014).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 28 januari 2015) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 943.

Vraag 1
Wanneer gaat u het gesprek met het specialistisch centrum GGZ voor doven en slechthorenden De Riethorst voeren?

Antwoord 1
Op 2 december 2014 heeft een afvaardiging van VWS zich bij de Riethorst laten informeren over de ggz voor doven en slechthorenden. Dit was een goede bijeenkomst, waarbij de aanbieders van ggz voor doven en slechthorenden duidelijk hebben gemaakt op welke manier zij bijdragen aan de toegang tot goede zorg voor doven en slechthorenden, en waarom die toegang van belang is. Daarnaast hebben zij een aantal aspecten onder de aandacht gebracht dat volgens hen kostendekkende uitvoering van deze zorg bemoeilijkt.
Verzekeraars hebben de verantwoordelijkheid om voldoende passend zorgaanbod voor deze specifieke doelgroep beschikbaar te houden. Als het voor Pro Persona – de zorgaanbieder achter de Riethorst – lastig is om deze zorg te blijven aanbieden, dient zij zich tot de zorgverzekeraars te wenden. Het is niet aan mij om daarin te interveniëren.
Zoals ik op 16 december 2014 in antwoord op de vragen van het Kamerlid Dik-Faber (CU) (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 843). en in het AO GGZ op 21 januari 2015 heb aangegeven, ben ik gezien de signalen wel bereid om met de zorgverzekeraars in gesprek te gaan. Zo wil ik zicht krijgen op mogelijke belemmeringen die zij ervaren bij de inkoop van deze zorg, of bij het vervullen van hun zorgplicht. Dit gesprek is eind februari gepland. Ook komt er nog een gesprek met de Stuurgroep GGZ voor Doven en Slechthorenden, en Dovenschap.
Tot slot laat ik de NZa onderzoeken of er verbeteringen mogelijk zijn in de bekostiging van de ggz voor doven en slechthorenden, zie het antwoord op vraag 2.

ah-tk-20142015-1149
ISSN 0921 - 7398
’s-Gravenhage 2015

Voor de zomer zal ik de Tweede Kamer informeren over de uitkomsten van het onderzoek van de NZa naar de bekostiging van de doven-ggz. Ik zal dan ook ingaan op de uitkomsten van het overleg met zorgverzekeraars, zoals ik op 16 december 2014 heb toegezegd in antwoord op de vragen van het Kamerlid Dik-Faber (CU) (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 843).

Vraag 2
Waarom wordt in het huidige beleid een onderscheid gemaakt tussen algemene instellingen met bepaalde specialismen en instellingen die alleen voor bepaalde specialismen – handicaps – werken?

Antwoord 2
Bij de overgang naar prestatiebekostiging is voor alle ggz-instellingen een transitieregime ingericht. Binnen dat regime werd het verschil tussen budgetafspraken en dbc-afspraken gedeeltelijk achteraf verrekend (70%). Zeer gespecialiseerde instellingen (dus niet teams of afdelingen) die aan bepaalde voorwaarden voldeden (o.a. een verschil van meer dan 15% tussen budgetafspraken en dbc-afspraken) konden gebruik maken van een apart regime, waarbij 95% van het verschil achteraf verrekend werd. Onlangs is besloten het transitieregime voor zeer gespecialiseerde instellingen af te bouwen (Kamerstuk 30 597, nr. 466). Omdat de bekostiging van de zorg voor doven en slechthorenden door instellingen met een bovengemiddeld aantal cliënten met een auditieve beperking nader onderzoek vraagt, wordt de afbouw van het transitieregime in 2015 niet toegepast voor zover het regime betrekking heeft op zorg voor deze doelgroep.
De situatie bij geïntegreerde ggz-instellingen met een doventeam is een heel andere. Deze instellingen bieden zowel lichte als zware zorg, zowel zeer gespecialiseerde als meer generalistische zorg. In de dbc-systematiek wordt uitgegaan van een gemiddeld tarief, waarbij zwaardere of duurdere zorgtrajecten gecompenseerd kunnen worden door lichtere of goedkopere zorgtrajecten. Voor het geval dat instellingsbreed sprake is van relatief zwaardere of duurdere zorgtrajecten, waardoor ook het maximum-tarief niet voldoet, is het zogenaamde max-max tarief ingesteld. Met de max-max tarieven kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een tot 10% hoger tarief afspreken wanneer het reguliere maximumtarief niet voldoet. Wanneer de gespecialiseerde ggz voor doven en slechthorenden een beperkt onderdeel uitmaakt van het totale zorgaanbod van een zorgaanbieder, zoals in het geval van een geïntegreerde instelling, zijn er in principe voldoende mogelijkheden om specialistische zorg aan doven en slechthorenden te vergoeden.
De opdracht tot het verrichten van nader onderzoek naar de bekostiging van de zorg voor doven en slechthorenden is inmiddels bij de NZa uitgezet. Ik heb de NZa gevraagd ook de bekostiging van deze zorg bij gespecialiseerde afdelingen binnen reguliere instellingen, zoals de Riethorst, in dit onderzoek te betrekken. Tevens heb ik de NZa uitgenodigd voor het eerdergenoemde overleg met zorgverzekeraars, dat eind februari gepland is. In geval het nader onderzoek door de NZa leidt tot aanpassingen in de bekostiging, dan kunnen deze aanpassingen ook van invloed zullen zijn op de bekostiging van teams of afdelingen die zich specifiek richten op de ggz voor doven en slechthorenden.

Vraag 3
Deelt u de mening dat communicatie essentieel is bij een behandeling, en dat dit in De Riethorst vanwege de doelgroep doven en slechthorenden meer voorbereidingstijd kost?

Antwoord 3
Goede communicatie tussen behandelaar en patiënt is essentieel bij elke behandeling, niet alleen in de ggz voor doven en slechthorenden. Het is wel goed voorstelbaar dat communicatie bij ggz voor doven en slechthorenden extra aandacht vergt. Het is aan de behandelaar om in te schatten hoeveel voorbereidingstijd nodig is.

Vraag 4
Kunt u uitgebreid toelichten waarom een instelling als de GGMD[1] wel een tijdelijke vergoeding krijgt (ook op basis van een specifiek principe) en De Riethorst niet?

Vraag 5
Waarom bent u van mening dat het Max-Max tarief, 10% extra op de kosten van het reguliere tarief, wel voldoet om de intramurale GGZ-afdeling voor doven en slechthorenden bij De Riethorst open te houden? Deelt u de mening dat dit nu en in de toekomst niet toereikend is? Waarom kreeg de afdeling in het verleden, in de tijd voor de functionele bekostiging, wel een lumpsum bedrag voor de kliniek, en dubbele vergoedingen voor bepaalde contracten?

Antwoord 4 en 5
In mijn antwoord bij vraag 2 heb ik reeds toegelicht waarom geïntegreerde instellingen geen tijdelijke vergoeding krijgen, en waarom de dbc ggz-bekostiging voor deze instellingen voldoende mogelijkheden biedt om ook ggz voor doven en slechthorenden te bekostigen. Ik deel niet de mening dat de bekostiging ontoereikend is. Wel laat ik de NZa onderzoeken of er verbeteringen mogelijk zijn in de bekostiging van de ggz voor doven en slechthorenden, zowel voor instellingen met een bovengemiddeld aantal cliënten met een auditieve beperking als voor teams of afdelingen die zich binnen reguliere instellingen specifiek richten op de ggz voor doven en slechthorenden.
Inderdaad ontving Pro Persona in de oude bekostigingssystematiek een individuele component (het door u genoemde lumpsumbedrag) en werden sommige contracten dubbel bekostigd. Dit werd destijds noodzakelijk geacht om deze zorg te bekostigen, ondermeer omdat er voor contracten normtijden stonden. Zoals ik hierboven al aangaf wordt in de dbc-systematiek uitgegaan van een gemiddeld tarief, waarbij zwaardere of duurdere zorgtrajecten gecompenseerd kunnen worden door lichtere of goedkopere zorgtrajecten. Wanneer instellingsbreed sprake is van relatief zwaardere of duurdere zorgtrajecten, waardoor het maximum-tarief niet voldoet, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruik maken van de max-max tarieven.

Vraag 6
Bent u bereid met De Riethorst en zorgverzekeraars te zoeken naar een tijdelijke spoedoplossing, waardoor de meerkosten die De Riethorst heeft voor het leveren van specialistische geestelijke gezondheidzorg voor doven en slechthorenden betaald kunnen worden, zodat een sluiting voorkomen wordt? Kan De Riethorst op dezelfde wijze worden gefinancierd als de GGMD?

Antwoord 6
Pro Persona kan in gesprek treden met de zorgverzekeraars over een oplossing voor de door haar geconstateerde problemen. Het is niet aan mij om daarin te interveniëren. Ik ga er vanuit dat aanbieders en verzekeraars hun verantwoordelijkheid nemen om voldoende passend zorgaanbod voor deze specifieke doelgroep beschikbaar te houden. Ik zie dan ook geen aanleiding voor aanvullende (transitie)maatregelen. Daarbij hebben zorgverzekeraars zorgplicht.

[1] GGMD: Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening